

厚生労働科学研究費補助金

**障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野)
在宅重度障害者に対する医療的ケアにおける支援の在り方に関する研究**

平成23年度～24年度 総合研究報告書

**「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成学校および
在宅訪問現場における吸引教育と吸引処置の現状の報告」**

研究代表者 星 孝

平成25(2013)年 2月

研究報告書 目 次

I. 総合研究報告

在宅重度障害者に対する医療的ケアにおける支援の在り方に関する研究

星 孝

. 本研究の概要

研究の要旨

A. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成学校における --- 1

吸引教育の実態や傾向（卒前教育）

B. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の在宅臨床現場における --- 2

吸引教育の実態および吸引処置の現状（在宅訪問）

研究の意義 --- 2

研究の目的 --- 3

. 研究報告

A 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成学校における

吸引教育の実態や傾向（卒前教育）

1 研究方法 --- 4

2 研究結果 --- 5

3 考 察 --- 15

B 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の在宅臨床現場における

吸引教育の実態および吸引処置の現状（在宅訪問）

1 研究方法 --- 16

2 研究結果 --- 17

3 考 察 --- 35

A・B 研究の結論 --- 36

. 研究成果に関する一覧

研究発表 --- 37

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業(身体・知的等障害分野)

【在宅重度障害者に対する医療的ケアにおける支援の在り方に関する研究】

研究代表者 星 孝

本研究の概要

研究の要旨

A. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成学校における吸引教育の実態や傾向 (卒前教育)

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成学校における吸引教育の実態や傾向を調査し、吸引行為に関する卒前教育への指針の検討に役立つ基礎的知見を提供することを目的に、国内477校(大学、専門学校)に対し調査を行った。その結果、ガイドラインの理解と利用では、卒前教育活動においてガイドライン等の認知は高く利用が低いことが明らかになった。吸引処置の指導や教育については、吸引教育の実施機会は高く存在しており、実技実習も多くの学校で実施されていた。吸引教育にかける時間は「3時間」もしくは「1.5時間」との回答が最も多く、そのうち実技実習時間の占める割合は1/2から1/3であった。他学科および学内外教育体制との関係については、どの学科も他職種(他学科)との連携で行われていることが多く、特に言語聴覚学科では他学科との協力体制が必要な傾向であった。吸引教育の開始期についての考え方は、卒前から始めるべきとの意見が多数であった。吸引教育の範囲については紹介レベルの意見が多数を占め、実践的技能の充実には就業後の臨床現場での習得に期待がかけられているとした傾向が示唆された。今後は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士各種団体による卒前で教育すべき知識と技術の教育項目および到達度の明示が必要と思われる。また日本呼吸療法医学会による卒前教育に対応したガイドラインの公表が必要であると思われる。

B. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の在宅臨床現場における吸引教育の実態および吸引処置の現状 (在宅訪問)

訪問看護事業所 868 施設の在宅訪問業務に従事する療法士を対象に調査を行った。その結果、在宅訪問業務に従事する療法士のガイドラインの認知度は 41.1%、利用率は 10.2%であった。また勤務先での吸引教育機会があったとしたものは 48.7%であった。吸引処置の現況では、勤務組織で吸引行為を行っていないが 35.1%、個人の吸引実施においても実施経験無いが 38.5%であり、必ずしも吸引業務が必須ではないことを理解した。実施手技は口腔内と鼻腔および気管吸引が最も多かった。吸引実施時のトラブルは件数的に非常に少なかった。今回の研究結果から在宅の多様な吸引に関する教育や実施の場面が認識できた。吸引ガイドラインの策定については、医療現場と比較してガイドラインとして規準をまとめることは非常に難しいと感じられた。在宅向けのガイドラインの是非については十分に検討する必要があると考える。在宅現場においては、今回明らかになった課題を念頭に置き、吸引実施者の教育が極めて重要な課題となる。ガイドライン策定委員会、リハビリテーション関連職各団体、地域在宅のサービスを実施・教育する方は、在宅の吸引に関わる実情を認知していることが重要であると考え。

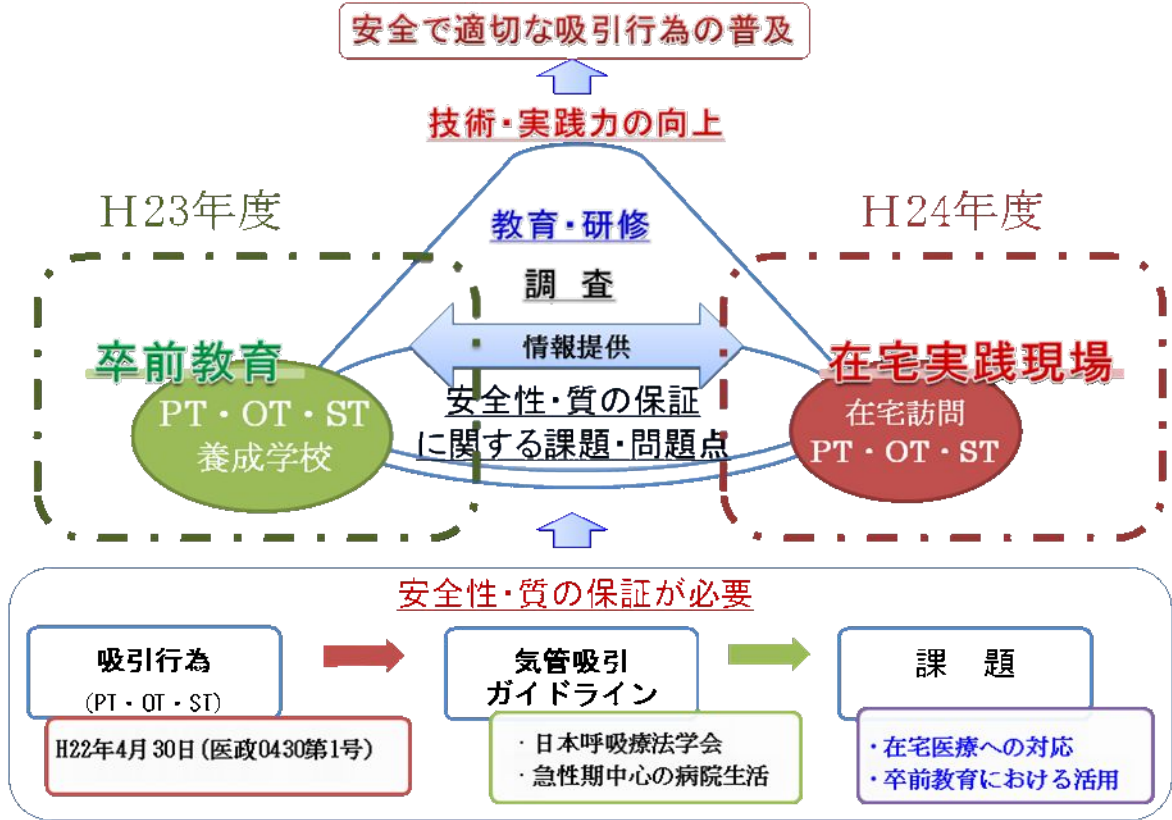
本研究の意義

本調査結果が、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の卒前教育および在宅訪問業務に従事する療法士の吸引教育における標準化達成度の検討材料として参考活用される可能性があると考え

本研究の目的

本研究の目的は、一定の条件で理学療法士・作業療法士・言語聴覚士らが実施可能となった気管吸引を、安全かつ適切に広く在宅医療に普及させるため卒前教育がどのような役割を担い活用できるかを検討すること、かつ在宅療法士における吸引行為の課題を明らかにし、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の標準的支援を向上させる基礎的知見の提供を行うことである。

具体的には23年から24年度に、国内の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士教育課程を持つ学校(大学、専門学校)での吸引に関するガイドラインおよび教育実施の普及率、普及の阻害要因調査を477校に対し行い検討を行う。また卒前教育上の吸引教育に関わる課題を明らかにし、ガイドライン普及度や吸引教育実施の阻害要因の検討結果を用いて、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の技術の向上に寄与する検討材料の提供を行う。また在宅訪問業務に従事する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士への調査を展開し、在宅臨床現場における吸引に関するガイドラインの普及率と吸引教育の実態および吸引処置の現状を明らかにし、在宅臨床上の課題を探ることである。



研究報告

A. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成学校における 吸引教育の実態や傾向についての調査 (卒前教育)

1. 研究方法

【 調査項目 】

- ・ ガイドラインなどの理解、運用について
「気管吸引のガイドライン」日本呼吸療法医学会
「吸引プロトコル(第2版)」日本理学療法士協会
「喀痰吸引に対する基本的な対応」日本作業療法士協会
- ・ 吸引教育の現状について
- ・ 他学科および学内外教育体制との関係について
- ・ 卒前教育における教育の範疇に対する意識について

【 調査方法 】

調査対象は、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士教育課程を持つ国内全学校 477 校 (大学、専門学校)とし、アンケート調査を郵送により行った。

学科区分	対象校数
1. 理学療法学科	230
2. 作業療法学科	182
3. 言語聴覚学科	65
合計	477

【 倫理的配慮 】

本調査において、調査用紙の記入は無記名で行い組織名が特定されることはなく、研究結果の公表でも個々の組織を特定できない形で行うなど、研究目的、研究方法、研究内容、組織情報の保護、研究成果の公表、研究協力の任意性、研究終了後の対応についての説明を書面にて行い、送付された調査表の研究者への返信帰着を持って同意とした。なお本研究は新潟医療福祉大学倫理委員会の承認を得た。

2. 研究結果

1) 回答数・回収率

PT・OT・ST教育課程を持つ国内全学校(大学・専修学校)
郵送によるアンケート調査

	PT 専修	PT 大学	PT その他	OT 専修	OT 大学	OT その他	ST 専修	ST 大学	ST その他	PT全体	OT全体	ST全体	全合計
アンケート 送付数										230	182	65	477
回答返却 校数	65	43	2	43	33	3	15	11	2	110	79	28	217
										47.8%	43.4%	43.0%	45.5%

回収率

アンケートの回収は 477 校に対し 217 校の返却があった(回収率 45.5%)。
 学科区分内訳は理学療法学科 230 中 110 校(回収率 47.8%)、
 作業療法学科 182 中 79 校(回収率 43.4%)、
 言語聴覚学科 65 中 28 校(回収率 43.0%) であった。

(注意：ただし、以下 [2] ガイドラインなどの認知、運用について (1)、(2)、(3) の解答部分
 において言語聴覚学科1校が無記入により 27 校のデータである。
 [3] 吸引教育の現状について] 以降の解答は言語聴覚学科 28 校のデータである。)

2) ガイドラインなど*の認知、運用について

(*ガイドラインなど = 以下の 資料)

「気管吸引のガイドライン」日本呼吸療法医学会
 「吸引プロトコル(第2版)」日本理学療法士協会
 「喀痰吸引に対する基本的な対応」日本作業療法士協会

(1) ガイドライン等の認知

		PT 専修	PT 大学	PT その他	OT 専修	OT 大学	OT その他	ST 専修	ST 大学	ST その他	PT 全体	OT 全体	ST 全体
①の資料を知ってる	知ってる	42	35	0	17	18	0	8	3	0	77	35	11
	知らない	23	8	2	26	15	3	6	8	2	33	44	16
②の資料を知ってる	知ってる	61	40	2	14	14	0	8	6	1	103	28	15
	知らない	4	3	0	29	19	3	6	5	1	7	51	12
③の資料を知ってる	知ってる	8	6	0	35	28	2	4	5	1	14	65	10
	知らない	57	37	2	8	5	1	10	6	1	96	14	17

日本呼吸療法医学会「気管吸引のガイドライン」について、

理学療法学科 70.0%、作業療法学科 44.3%、言語聴覚学科 40.7%が知っている

日本理学療法士協会「吸引プロトコル(第2版)」に対し

理学療法学科 93.6%、作業療法学科 35.4%、言語聴覚学科 55.5%、

日本作業療法士協会「喀痰吸引に対する基本的な対応」に対し

理学療法学科 12.7%、作業療法学科 82.3%、言語聴覚学科 37.0%が知っていると回答した。

(2) ガイドライン等の利用

		PT 専修	PT 大学	PT その他	OT 専修	OT 大学	OT その他	ST 専修	ST 大学	ST その他	PT 全体	OT 全体	ST 全体
①の資料を利用してる	利用してる	12	14	0	3	3	0	1	1	0	26	6	2
	利用してない	53	29	2	40	29	3	13	10	2	82	72	25
②の資料を利用してる	利用してる	30	25	0	3	5	0	2	1	0	55	8	3
	利用してない	35	18	2	40	27	2	12	10	2	55	69	25
③の資料を利用してる	利用してる	1	1	0	8	18	0	1	1	0	2	26	2
	利用してない	64	42	2	35	14	2	13	10	2	108	51	25

日本呼吸療法医学会「気管吸引のガイドライン」について、

理学療法 24.1%、作業療法 7.7%、言語聴覚 7.4%が利用

日本理学療法士協会「吸引プロトコル(第2版)」に対し

理学療法 50.0%、作業療法 10.4%、言語聴覚 10.7%が利用

日本作業療法士協会「喀痰吸引に対する基本的な対応」に対し

理学療法 1.8%、作業療法 33.8%言語聴覚 7.4%が利用していると回答した。

(3) ガイドライン等の利用の仕方、利用していない場合の今後の利用可能性

		PT	PT	PT	OT	OT	OT	ST	ST	ST	PT全体	OT全体	ST全体
		専修	大学	その他	専修	大学	その他	専修	大学	その他			
利用の仕方	配布してる	11	6	0	1	1	0	2	0	0	17	2	2
	配布してない	54	37	2	42	32	3	12	11	2	93	77	25
利用の仕方	紹介してる	10	4	0	5	6	0	1	0	0	14	11	1
	紹介してない	55	39	2	38	27	3	13	11	2	96	68	26
今後の 利用の仕方	利用する つもりがある	30	16	2	23	15	1	12	7	1	48	39	20
	利用はない	7	5	0	14	0	1	1	2	1	12	15	4

「配布している」：理学療法学科 15.5%、作業療法学科 2.5%、言語聴覚学科 7.4%

「紹介している」：理学療法学科 12.7%、作業療法学科 13.9%、言語聴覚学科 3.7%

「各資料に準拠した利用をしている」：

理学療法学科 18.2%、作業療法学科 13.9%、言語聴覚学科 11.1%、

「複数を合わせて利用」：

理学療法学科 22.7%、作業療法学科 13.9%、言語聴覚学科 12%であった

「利用していない」に回答した学校の「今後の利用可能性」：

理学療法学科 43.6%、作業療法学科 50.0%言語聴覚学科 74.1%であったが、

「今後の利用は無い」が 10%強および無回答の比率も多い結果となった。

3) 吸引教育の現状について

(1) 吸引教育の実施状況

n=110 (%)	n=79 (%)	n=28 (%)
-----------	----------	----------

学校区分	理学療法学科 合計	作業療法学科 合計	言語聴覚学科 合計
実施している	76 (69.1)	49 (62.0)	21 (72.4)
実施していない	34 (30.9)	29 (36.7)	7 (27.6)
無回答		1 (1.3)	

(2.) 実施形態

理学療法学科 n=76 (%)	作業療法学科 n=49 (%)	言語聴覚学科 n=21 (%)
--------------------	--------------------	--------------------

授業に組み込んでいる	50 (65.8)	22 (44.9)	11 (52.4)
特別講義として施行	23 (30.3)	27 (55.1)	7 (33.3)
その他	3 (3.9)		2 (9.5)
無回答			1 (4.8)

(3.) 履修は必修か、選択か

n=76 (%)	n=49 (%)	n=21 (%)
----------	----------	----------

必修	67 (88.2)	42 (85.8)	19 (90.5)
選択	2 (2.6)	1 (2.0)	1 (4.8)
無回答	7 (9.2)	6 (12.2)	1 (4.8)

(4.) 実技実習の有無

実技実習あり	64 (84.2)	33 (67.3)	19 (90.4)
実技実習なし	11 (14.5)	16 (32.7)	2 (9.5)
無回答	1 (1.3)		

(5) 実施学年

	理学療法学科	作業療法学科	言語聴覚学科
最終学年次	21 (27.6)	19 (38.8)	10 (47.6)
最終学年の1年前	51 (67.1)	26 (53.1)	11 (52.4)
最終学年の2年前	3 (3.9)		
無回答	1 (1.3)		

(6) 吸引教育の総時間

1.5 時間	25 (32.9)	22 (44.9)	5 (23.8)
3 時間	34 (44.7)	22 (44.9)	11 (52.8)
4.5 時間	5 (6.6)	2 (4.1)	2 (9.5)
6 時間	4 (5.3)	2 (4.1)	1 (4.8)
1 日	3 (3.9)	1 (2.0)	1 (4.8)
1.5 日			
2 日	3 (3.9)		
その他	2 (2.6)		
無回答	0	0	1 (4.8)

(7) 実技実習にかける時間

	n=64 (%)	n=33 (%)	n=19 (%)
30 分	11 (17.2)	3 (9.1)	2 (10.5)
1 時間	9 (14.1)	9 (27.3)	4 (21.1)
1.5 時間	29 (45.3)	12 (36.4)	7 (36.8)
3 時間	10 (15.6)	5 (15.2)	5 (26.3)
4.5 時間	2 (3.1)	1 (3.0)	
6 時間	2 (3.1)		
1 日			
その他	1 (1.6)		
無回答		3 (9.1)	1 (5.3)

(8) 実習時間 / 総時間

理学療法学科	作業療法学科	言語聴覚学科
n=64 (%)	n=33 (%)	n=19 (%)

30分 / 1.5時間	9 (13.2)	3 (8.8)	2 (9.5)
1時間 /	5 (7.4)	4 (11.8)	2 (9.5)
1.5時間 /	3 (4.4)		
30分 / 3時間	2 (2.8)		
1時間 /	4 (5.9)	5 (14.7)	2 (9.5)
1.5時間 /	23 (33.8)	12 (35.3)	7 (33.3)
3時間 /	2 (2.9)		1 (4.8)
1.5時間 / 4.5時間	1 (1.5)		
3時間 /	4 (5.9)	2 (5.9)	2 (9.5)
3時間 / 6時間	3 (4.4)	1 (2.9)	1 (4.8)
4.5時間 /		1 (2.9)	
1.5時間 / 1日	1 (1.5)		
3時間 /	1 (1.5)	2 (5.9)	1 (4.8)
4.5時間 /	1 (1.5)		
6時間 /			
1日 /			
1.5時間 / 2日	1 (1.5)		
4.5時間 /			
6時間 /	2 (2.9)		
その他	2 (2.9)		
無回答		2 (5.9)	1 (4.8)

(9) 吸引教育を提供する講義名 (どのようなカテゴリーで実施されているか)

理学療法学科		作業療法学科		言語聴覚学科	
内部障害-理学療法	20	身体障害作業療法	9	摂食・嚥下障害	9
理学療法-(概論 セミナー)	5	作業療法-(概論、学、セミナー)	7	嚥下障害 - (学)	5
理学療法-技術	6	特別講義	6	呼吸リハビリテーション学	1
理学療法-治療	4	吸引-(実習、演習、セミナー)	4	リハビリテーション技術演習	1
呼吸-理学療法	3	老年医学	3	統合基礎臨床医学	1
呼吸-運動療法	2	内部疾患作業療法	2	一般臨床医学	1
呼吸循環-理学療法	6	在宅援助学	2	評価学特論	1
運動療法(疾患別)	4	中枢神経	2		
吸引演習	3	日常生活活動	2		
内科(学)	3	リハビリテーション特論	1		
気道管理	1	運動学実習	1		
心肺系理学療法学	1	看護介護学	1		
リハビリテーション特論	1	摂食嚥下障害学	1		
救急蘇生法演習	1	感覚・運動系作業療法学演習	1		
疾患別理学療法学	1	地域作業療法学演習	1		
体力理学療法学	1				
地域リハビリテーション論	1				
看護学概論	1				
老年学	1				
老齡学	1				
臨床推論	1				
特別講義	1				

* 例えば「呼吸循環系理学療法学」「呼吸循環器理学療法実習」と記載しているものは、キーワードを呼吸循環と理学療法に分け、呼吸循環 理学療法 と示した

4) 他学科および学内外教育体制との関係

(1) 吸引教育の施行者(複数回答あり)

理学療法学科	作業療法学科	言語聴覚学科
n=77 (%)	n=49 (%)	n=23 (%)

自学教員	33 (42.9)	17 (34.7)	2 (8.7)
他学教員	10 (13.0)	12 (24.5)	5 (21.7)
学外教員	12 (15.6)	9 (18.4)	9 (39.1)
自学 + 他学 or 学外	22 (28.6)	11 (22.4)	7 (30.4)

(2) 施行している職種(複数回答あり)

n=101 (%)	n=56 (%)	n=32 (%)
-----------	----------	----------

医師	3 (3.0)	2 (3.6)	6 (18.8)
理学療法士	50 (49.5)	9 (16.1)	2 (6.3)
作業療法士	4 (4.0)	23 (41.1)	0
言語聴覚士	4 (4.0)	2 (3.6)	11 (34.4)
看護師	40 (39.6)	20 (35.7)	13 (40.6)

(3) 他学科(他職種)あるいは学外との連携

n=94 (%)	n=64 (%)	n=23 (%)
----------	----------	----------

積極的に取り入れる	78 (83.0)	55 (85.9)	21 (91.3)
自学科のみのほうが良い	16 (17.0)	9 (14.1)	2 (8.7)

5) 卒前教育における教育の範疇に対する意識

(1) 吸引教育に携わる実際の教員数(教員数/学生数)

	理学療法学科	作業療法学科	言語聴覚学科
2%未満	12 (19.4)	3 (8.8)	
2-3(未満)%	11 (17.7)	7 (20.6)	
3-4%	12 (19.4)	8 (23.5)	2 (11.8)
4-5%	3 (4.8)	1 (2.9)	1 (5.9)
5-6%	12 (19.4)	9 (26.5)	5 (29.4)
6-7%	2 (3.2)		
7-8%	3 (4.8)	4 (11.8)	1 (5.9)
8-9%	1 (1.6)		2 (11.8)
9-10%			
10%以上	6 (9.7)	2 (5.9)	6 (35.3)

(2) 必要と希望する教員数(教員数/学生数)

2%未満	4 (6.7)	1 (3.2)	
2-3(未満)%	4 (6.7)	4 (12.9)	
3-4%	8 (13.3)	4 (12.9)	
4-5%	5 (8.3)	2 (6.5)	1 (6.3)
5-6%	8 (13.3)	7 (22.6)	1 (6.3)
6-7%	8 (13.3)	2 (6.5)	1 (6.3)
7-8%	8 (13.3)	3 (9.7)	1 (6.3)
8-9%	1 (1.7)	1 (3.2)	1 (6.3)
9-10%			1 (6.3)
10%以上	14 (23.3)	7 (22.6)	10 (62.5)

(3) 吸引教育の開始はいつから行うと考えるか

理学療法学科	作業療法学科	言語聴覚学科
n = 110	n = 79	n = 28

卒前教育から始める	81 (73.6)	58 (73.4)	22 (84.6)
現場教育の範疇	16 (14.5)	5 (6.3)	1 (3.6)
何とも言えない	13 (11.8)	16 (20.3)	3 (10.7)
無回答			2 (7.1)

(4) 卒前教育における学生への実施範囲

紹介レベル(臨床後のきっかけ)	33 (30.0)	28 (35.4)	3 (10.7)
実技実習の経験をさせる	71 (64.5)	44 (55.7)	23 (82.1)
決めなくてもいい	4 (3.6)	4 (5.1)	0
無回答	2 (1.8)	3 (3.8)	2 (7.1)

5) 吸引教育の展開における問題点(複数回答可)

学内に専門とする教員がいない	38 (34.5)	37 (46.8)	10 (35.7)
他学科との体制と協調して行うのでスムーズにいかない	15 (13.6)	12 (15.2)	6 (21.4)
カリキュラムに入れ込み隙間が無い	19 (17.3)	32 (40.5)	5 (17.9)
カリキュラムに組み込む必要性がわからない	5 (4.5)	1 (1.3)	1 (3.6)
カリキュラム外で特別に施行する機会が無い	3 (2.7)	3 (3.8)	3 (10.7)
必要な器具がわからない	10 (9.1)	7 (8.9)	2 (7.1)
器具の準備が出来ない	25 (22.7)	19 (24.1)	7 (25.0)
予算を予定出来ない	20 (18.2)	20 (25.3)	5 (17.9)
学生からのニーズが無い	5(4.5)	9 (11.4)	2 (7.1)
吸引教育の内容の程度や範囲に判断が困る	34 (30.9)	36 (45.6)	12 (42.9)
吸引教育の導入や展開など学科内での方針が進まない	12 (10.9)	13 (16.5)	5 (17.9)
吸引教育をどの時期に提供すべきか判断に困る	12 (10.9)	12 (15.2)	4 (14.3)

3. 考 察

1) 卒前教育における吸引教育範囲の考え方の傾向

「吸引教育は卒前教育期に開始し、また実技実習を含めて実施する」が、調査時点での養成学校の傾向といえる。その吸引教育の状況は、理学療法学科では多くが授業として組み込み始めており、作業療法学科、言語聴覚学科は半数が特別な機会を設けての実施である。授業および特別講義ともに受講を必修にして課す率は高く、実技実習の実施も多い。吸引教育にかかる授業時間は3時間、1.5時間が多く、実技に費やす時間はその半分か1/3があてられているという結果であった。授業時間を吸引技能の実践力養成という面から見れば、この結果は乏しいものと考えられる。

吸引教育の開始期について「卒前教育から開始する」意見が多数ではあるが、「就業後の現場で行う」と「何とも言えない」を合わせた割合も1/4程度あり看過しにくい。また吸引教育の実施範囲の回答を「紹介レベル」とした割合が比較的多く、就業場所による吸引の実践機会頻度や必要程度が異なることも理由のひとつと考えられる。

これらから現時点のリハビリテーション関連職種の卒前教育における吸引教育範囲の考え方は、まず吸引行為が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の業であることをふまえられた上で、「実技実習を行うが、実践力を高く養うレベルに置かず、吸引行為が自職の業であることを知らしめることに視点が置かれている」とした傾向であると考えられる。

2) 卒前教育に向けた指針の必要性

医政通達からこれまでの期間は、各養成学校においてまだ計画的な吸引教育の体制を検討している時期であろうと考えられる。よって、吸引教育を展開する際の問題として20%前後を有した「専門教員」、「教育の実施範囲の判断」、「カリキュラムとの関係」、「予算」などの問題は、今後の卒前教育への指針が作られてゆく中で変化してゆくものであると考えられる。そして本報告より30%前後の養成学校に吸引教育の実施がないことも明らかであり、卒前教育における吸引教育実施の是非において早急な決定が必要である。

リハビリテーション関連職種養成学校の回答が、「吸引教育は卒前教育時から開始する」ことに多数であった結果は国の施策や協会の指針に合致するものである。ただし吸引教育実施範囲は紹介レベルであり、実践的技能の充実は就業後の臨床現場での習得に期待がかけているとした傾向も、本報告から示唆される。卒前教育の中での吸引教育範囲をどのようにしてゆくかは、卒前者に対し「必要な教育の実施」をする内容の量・質において重要であり、また臨床教育と卒前教育それぞれの役割とバランスに影響を与えるものである。ガイドライン策定グループ、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士各協会は、卒前教育における吸引教育の項目、到達度、臨床実習における経験範囲らを提示してゆく必要があると考える。

**B. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の在宅訪問現場における
吸引教育の実態および吸引処置の現状についての調査
(在宅訪問)**

1. 研究方法

【調査項目】

在宅訪問業務に従事する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

- ・ガイドラインの認知および利用率、要望について
- ・吸引処置の教育について
- ・卒前教育における教育の範疇の意識度等について
- ・吸引処置の現況として実施している吸引処置、実施の有無、実施数、実施対象数、実施時のトラブルについて

【調査方法】

- ・WEB アンケート方式を用いて、在宅訪問業務に従事する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を対象に調査を行った。
- ・対象訪問看護事業所 868 施設に対しアクセスアドレスを通知し回答入力を依頼した。
- ・調査期間：平成 24 年 7 月 30 日 9 月 30 日

* 本研究の一部において、公益社団法人 日本理学療法士協会の協力を得た

【倫理的配慮】

倫理的側面では研究対象者に書面による説明を用い、送付された調査表の研究者への返信帰着を持って同意とした。また収集したデータ及びそこから知り得た情報は研究目的のみに用い、データ分析と研究結果の公表では個人を特定できないように使用するとした。なお本研究は所属大学の倫理委員会の承認を得た。

2. 研究結果

1) **回答数** : 有効回答数 265

2) **対象属性** 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の在宅現場における
吸引教育の実態および吸引処置の現状についての調査

(1) 職業 区分

	件数	パーセント
理学療法士	250	94.4
作業療法士	12	4.5
言語聴覚士	3	1.1
合計	265	100

(2) 記載頂く先生の資格修得からの歴年

歴年	件数	パーセント
1	4	1.5
2	2	0.8
3～5	31	11.7
6～10	104	39.2
11～15	85	32.1
16～20	19	7.2
21～	17	6.4
無回答	3	1.1
合計	265	100

(注：本調査への回答内容（特に自由意見記載部分）において、敬語、丁寧語を「～である」に変更した。また掲載上 文章で伝達しにくい回答内容について、回答者の主旨を変えないように配慮し文章を変更したことを明記する。)

3) 在宅訪問業務に従事する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の

ガイドラインなど*の認知・利用度について

(*ガイドラインなど = 以下の資料)

- 「気管吸引のガイドライン」日本呼吸療法医学会
- 「吸引プロトコル(第2版)」日本理学療法士協会
- 「喀痰吸引に対する基本的な対応」日本作業療法士協会

(1) ガイドラインなどの認知

貴方は、上記 ~ の吸引の資料を知っていましたか？

「気管吸引のガイドライン」日本呼吸療法医学会

	件数	パーセント
知っている	109	41.1
知らない	156	58.9
合計	271	100.0

「吸引プロトコル(第2版)」日本理学療法士協会

	件数	パーセント
知っている	180	67.9
知らない	85	32.1
合計	265	100.0

「喀痰吸引に対する基本的な対応」日本作業療法士協会

	件数	パーセント
知っている	33	12.5
知らない	232	87.5
合計	265	100.0

(2) ガイドラインなどの利用

貴方は、上記 ~ の吸引の資料を実際に利用していますか？

「気管吸引のガイドライン」日本呼吸療法医学会

	件数	パーセント
利用している	27	10.2
利用していない	238	89.8
合計	271	100

「吸引プロトコル(第2版)」日本理学療法士協会

	件数	パーセント
利用している	74	27.9
利用していない	191	72.1
合計	271	100

「喀痰吸引に対する基本的な対応」日本作業療法士協会

	件数	パーセント
利用している	9	3.4
利用していない	256	96.6
合計	271	100

(2)-1 「利用している」方に利用の仕方を伺います

	件数	パーセント
1. ひとつの資料内容に準じた利用をしている	14	17.9
2. そのままの資料を複数利用している	36	46.2
3. 勤務先独自の資料作成に応用し利用している	28	35.9
合計	78	100

**(2)-2 ひとつの資料内容に準じた利用をしている」を選択された方は
使用ガイドラインを教えてください**

	件数	パーセント
吸引プロトコル(第2版) 日本理学療法士協会	14	100

(2)-3 「利用していない」方に今後の利用の可能性を伺います

	件数	パーセント
今後利用するつもりがある	150	78.1
今後利用するつもりは無い	42	21.9
合計	192	100

(3) 在宅ガイドラインの必要性

(3)-1 在宅を対象にした吸引ガイドラインの必要性はあるか？

	件数	パーセント
必要である	247	93.9
不要である	16	6.1
合計	263	100

(3)-2 どちらの理由についても伺います。そう思われるのはなぜですか？

	件数	パーセント
人工気道以外(口腔・鼻腔)の吸引ガイドラインを示してほしいから必要	147	55.5
リスク管理上必要と感じるから	3	1.1
あった方が指導も受けやすい	1	0.4
いずれにしてもガイドラインは必要だから	1	0.4
セラピストの負担軽減のため必要	1	0.4
医療職以外も見ると必要	1	0.4
一定の取り決めは必要と考える	1	0.4
吸引行為を家族実施が中心でセラピストが非実施でも知識として必要である	1	0.4
緊急時のため必要	1	0.4
最低限の安心のために必要	1	0.4
在宅では個別性が高いから	1	0.4
設備・環境が医療施設とは異なるから	1	0.4
必要だと思うが複数にせず一つにまとめてほしい	1	0.4
病院によって方法が異なっていたり、訪問看護をしている事業所ごとに違った方法を行ったりなど、対象者によって方法を変えたりする必要がある ので、より多くの方法や種類を学びたい	1	0.4
病院ほど設備のない中で安全に吸引を実施する目安がほしいから必要	1	0.4

分かりやすく安全に実施できるガイドラインがほしい	1	0.4
訪問では各利用者で吸引方法が異なり（各入院施設で異なる）その都度、訪問看護師等に確認が必要であるため	1	0.4
訪問業務に当たっていると、いつも不安が付き纏う為、リハスタッフ用のガイドラインが示されているととても助かる	1	0.4
口腔・鼻腔の吸引ガイドラインは多くの種類があるので、新しいガイドラインは必要ないから	13	4.9
病院のガイドラインには当てはまらないことが多いから不要	1	0.4
利用者で吸引を要する人は少数であり、看護師と同行することなどで対応できているため不要	1	0.4
特に理由はない	75	28.3
合計	256	100

(4) ガイドラインに対する要望

	件数	パーセント
（在宅にて）PT などのリハ職種が吸引する事の意義を整理することが必要と考えます。緊急時の対応についてもガイドラインに記述があるとよい	1	0.4
ガイドラインがあっても実際行う機会がないと利用価値がない	1	0.4
ガイドラインというよりは、訪問に属する医療職種が吸引を行う上での意見集約を図った上での大枠的な内容がよい	1	0.4
ガイドラインの作成は・・・「私の施設では利用できないな」など現実とのギャップを感じる事が多くなるのではないか	1	0.4
ガイドラインの整備と同時に技術講習等のフォローがあることが望ましい	1	0.4
ガイドラインを体験できる研修なり機関があると良い	1	0.4
ガイドラインは必要だが、実際に患者様の口腔・鼻腔に吸引を行う際対象ごとに対応できるように、反復練習や熟練者ナース等の指導が必要である	1	0.4
ガイドラインの利用はしているが、病院や施設により異なることが多くある。今後、感染等のエビデンスが明確になるつれ、必要性が高まる可能性はある	1	0.4
ガイドラインを統一してほしい	1	0.4
吸引カテーテル挿入時に圧をかける、かけない等変化する部分もあるので、その都度更新がはかれれば、ガイドラインを複数作るよりは絞られていた方がよい	1	0.4
ご家族に指導する場合の介護者への説明パンフレットが欲しい	1	0.4
サイドチューブからの吸引技術説明もあったほうがよい	1	0.4

在宅ではリスク・急変時などの対応、責任に不安があるため、その点についての内容が必要	1	0.4
リハビリテーション関係職種だけでなく、他職種と連携して実施できるような内容が必要	1	0.4
衛生材料が家族負担であるため、感染の観点からの内容が必要である	1	0.4
各居宅での吸引器の扱い方が異なる。消毒の仕方、片付け方、配置位置等も異なる為、戸惑う。対応できる内容が必要である	1	0.4
ガイドラインの基準ではなく、看護師やその施設の基準で行っている	1	0.4
基本は医療機関における人工気道を有した患者への対応に準じたものでよい。それを個々の状況に応じて工夫しながら実施するのが妥当である。在宅では個々の患者によって環境の差が非常に大きいので、「在宅患者のための」というガイドラインの作成は困難であり、また、作成できたとしても、そのガイドラインに沿って実施できない患者が大多数になるのではないかと予想する。ガイドラインを作成したがために、かえって吸引実施が困難になる事も懸念される	1	0.4
吸引を実施していく上で、理学療法教育で欠如しているのは、医療現場における「清潔・不潔」の概念である。医療機関のように不特定の方を対象としていない在宅では、吸引チューブ、滅菌手袋などは使い捨てではなく、繰り返し利用している。それぞれの方により方法は様々だが、基本的な「清潔・不潔」の概念があれば、概ね対応できるように思われる。口腔・鼻腔では、気管切開ほど厳密な清潔・不潔が求められなくても、基本は清潔操作で行われているかということにつける。吸引操作については、繰り返ししていくことで可能となるように思うが、概念は教育されているかどうか重要であると思う	1	0.4
研修を受けても現場で生かせないことが多く、結局、訪問しても家族に吸引をしてもらっている。医師会や看護協会が公認し、かつナースから指導を受けやすい内容で統一できればよい	1	0.4
呼吸リハに関わらず、24時間吸引が必要な人のリハや見守り時にも対応できる内容のものもほしい	1	0.4
在宅で吸引対象者にさまざまなスタッフが関わってくると、統一した方法が必要である	1	0.4
在宅の場合は吸引時の不慮の事故が発生した場合、どのように責任をとるかが課題になる。ガイドラインの中でセラピストが吸引を行い、事故があった場合の対応方法や契約のあり方についても記述が欲しい	1	0.4
ガイドラインがあっても、在宅はリスクが高く、病院施設のようにはいかない。やはり、数をこなすしかないと思う	1	0.4
ガイドラインは資料自体は見やすく、分かりやすい。新しいものを作ればよいというよりも、今ある資料や内容をどのように理解し、現場に生かしていくかのほうが重要と考える	1	0.4

疾患に関わらず、加齢、全身状態悪化など食事や水分摂取等におけるリスクは避けられないことが予想される。リハビリの介入では、家族様中心の吸引となることが、殆どであると思われるが、セラピストとして呼吸介助、排痰練習等の場面の拡大から吸引との併用場面が増えると感じる。介入展開の拡大が増える反面、実施することのリスク・事故等起こりうる可能性を考えるとセラピストとしての知識向上は必要不可欠であるため、最低知識、起こりうるリスク等の明確化を望みたい	1	0.4
疾病や解剖生理などの知識に乏しいヘルパーや利用者ご家族への吸引指導をする際に理解しやすいものが必要と思われる	1	0.4
実際には看護師に手技を習い、実践している。看護協会が示すガイドライン、PT、OT協会の示すガイドラインには違いはありますか？看護が専門的にしていることを少しでもPT、OTができるようになれば、一人で訪問に向かうセラピストがもう少し知識経験的な余裕をもっていけると思う	1	0.4
実際に実施するにあたり、なかなか一人職場においては研修に行けない	1	0.4
清潔・不潔概念について看護職以外の技術職は認識が甘く、徹底されていない。呼吸器装着者への清潔・不潔に関する内容が必要である	1	0.4
協会がガイドラインを示すのは必要だと思う。初めて吸引を試みる際などには大変有効となる。しかし、実際には看護師等に実技を含め、指導を受けたほうがよい。また、できれば各利用者それぞれで指導を受けたほうが好ましいと思う。そうでなければリハスタッフにも不安があり、実施には結びつかない	1	0.4
全国の在宅での吸引実施状況やガイドラインの内容、実技を含めた研修会の機会を多く設けて欲しい	1	0.4
入院日数の短縮傾向のため、患者状況が変化する可能性がありながら、在宅ケアに戻ることが多くある。そのため、セラピストが吸引を行なうことは必要である。しかしセラピストの実施は乏しく、短期間研修や看護師による指導後に、早速安全に吸引を行なえるとは思えない。そのため、もしもの場合(出血させてしまったや大きな血圧変動など)があった際に、己の身を守れるようなガイドラインが必要と考える。(「ガイドラインを元に施工しました」と意見できるような)訪問は基本1人で行うため、すぐに吸引機が使えるような状態でない可能性がある。患者自身やその家族の指導も主治医の医療機関が行なう必要があると考える。また、訪問看護などの看護師や往診する医師が吸引機の状態や患者さんの状態(注意点)を把握し、情報提供するようなシステムが必要であり、チーム医療が必須と考える	1	0.4
沢山の資料があっても、現場で使えない。簡単なマニュアルが欲しい。具体的にはリスク管理と対処方法のみが記載されているような資料があれば使いたい。持ち歩いて、現場で実際使用できるのは、A4 2~3枚程度かと思う	1	0.4
統一したガイドラインの作成が一番良いと思われる	1	0.4

入院中は厳密な清潔管理をされていても、自宅では簡便な方法に切り替える方が多い。とくに鼻腔の場合は、チューブは使い捨てにせずティッシュで拭う、セッシは使わない、タッパーで保管する等。清潔管理をどう考えればよいか知りたい。また「医師の指示 訪問看護師の实地指導 家族との契約」の必要性について知りたい	1	0.4
病院・施設とは異なり、在宅には吸引技術を習得した家族がいるため、セラピストの吸引の必要性をアセスメントする内容のものがあるとよい(独居または家族の吸引技術が不十分の場合に吸引行為を行う・・・など)。また、技術習得に必要な知識と技術内容の明確なものがあると、研修計画を立てる目安になる	1	0.4
組織で吸引についての資料があるので、それを参考に看護師の研修を受けながら行っている。在宅では各家で細かいところについての方法が変わるので、ガイドラインではなく、現在組織で行っている研修のほうが実務的でよい	1	0.4
訪看で働く身としては、POSTの権利範囲を広めることを考えるよりも、巧く連携を取って行ける事業所を作ることの方が重要に感じている。そのため、付け焼刃でガイドラインや研修で吸引を...ということはいかかなものだろうか。またリハと看護師と一緒に訪問して、呼吸リハを行いながら看護師に吸引してもらおう等の手段を取る方が現実的かつ安全と思う。必要時には「ガイドライン」よりも看護師の直接指導が有効である	1	0.4
訪問セラピストの吸引行為の必要性が高まっている事を実感している。日本理学療法士会が出しているもののバックナンバーをとりよせ、勉強していく所存である	1	0.4
訪問では吸引はご家族協力を依頼し、セラピストがかかわる機会はほとんどありません。また、実際に吸引を行うこともないため、「どのように処置してよいかわからない」ことが実際である。	1	0.4
訪問はその場においては一人で対応するため、事業所によっては対応困難なことが多い。利用者及び家族の同意などを得る必要があることも考えられる。緊急時の対応としては必要なことであるため、技術の習得は必要。技術ばかりでなく、在宅における対応に対してのガイドラインがあると良い	1	0.4
膨大な量のガイドラインを作成しても実用的ではないと感じる。実技を含めた講義を 時間行ない、終了証を発行し、現場でのフォローアップもしてくれる体制を作るほうが実用的だと思います。講義や実技の指導の為のガイドラインという意味では参考になる	1	0.4
臨床にあった内容のものが必要。ガイドライン通りすることが最重要ととられると怖い。ガイドラインだけ見ていれば安心といっけな。また チューブの太さについて、痰の量や粘調度による指示をされているものもあるが、対象症例に対応した処置なのかを評価する姿勢が大切であることを含めて提示して頂きたい	1	0.4
	4 4	-

4) 在宅訪問現場における吸引教育の現況

(1) 吸引教育の機会

貴方の勤務先内では、吸引教育の機会がありますか？

	件数	パーセント
ある	129	48.7
ない	136	51.3
合計	265	100

(1)-1 **ない** と答えた方に伺います

今後 勤務先において吸引教育の機会をつくる方針はありますか？

	件数	パーセント
ある	41	30.1
ない	95	69.9
合計	136	100.0

(1)-2 **ある** と答えた方に伺います

(2) 吸引教育の実施状況

吸引教育の実施状況について教えてください

	件数	パーセント
定期的実施	1	0.8
実施は不定期・回数は充足	25	19.5
実施は不定期・回数は不足	83	64.8
必要に応じて実施	12	9.4
1回のみ実施	3	2.3
その他(計画あり)	4	3.2
合計	128	100

(3) 在宅訪問業務従事者が希望する吸引教育の開始時期

吸引教育は、現場就職後から始めるのか、卒前教育から始めるものか？

	件数	パーセント
どちらとも言えない	18	6.8
卒前教育から始める	167	63.0
臨床現場になってから	80	30.2
合計	265	100

(4) 在宅訪問業務従事者が卒前教育に希望する吸引教育の到達度

卒前教育から始めると答えた方に、伺います
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成学校における吸引教育について、
学生の卒業時の到達度はどうあるべきだと考えますか？

[知識]

	件数	パーセント
自職が実施可能な医術であることの紹介や認知レベル	24	14.4
アセスメントの実施ができるに近づいているレベル	66	39.5
アセスメントの必要性を理解しているレベル	77	46.1
合計	167	100

[技術]

	件数	パーセント
模擬実習での1～2回程度の経験レベル	42	25.1
模擬実習で1度以上スムーズに実施できるレベル	90	53.9
実務的に実施できると教員が判断できるレベル	35	21.0
合計	167	100

5) 在宅訪問現場における吸引処置の状況

(1) 実施する吸引処置の種類

貴方の勤務先で行っている吸引処置はどのようなものですか？

	件数	パーセント
口腔内吸引	19	7.1
鼻腔吸引	1	0.4
気管吸引	7	2.6
口腔内吸引, 鼻腔吸引	36	13.6
口腔内吸引, 気管吸引	20	7.5
鼻腔吸引, 気管吸引	2	0.8
口腔内吸引, 鼻腔吸引, 気管吸引	87	32.8
行っていない	93	35.1
合計	265	100.0

(2) 実際の実施の有無

貴方が現場で吸引の実施をしたことがありますか？

	件数	パーセント	
どこでも無い	102	38.5	
現場では無い	59	22.3	
頻回ではないが, ある	104	73	27.5
普段から行っている		31	11.7
合計	265	100.0	

吸引処置を行ったことがあると答えた方に、伺います

* 実働 7 日間は, 年間を通じた平均的な 7 日間で回答ください

(3) 実働 7 日間における吸引対象者数

【対象者数】

人	件数	パーセント
0	13	12.5
1	56	53.8
2	25	24.0
3	5	4.8
4	2	1.9
5	1	1.0
7	2	1.9
合計	104	100

(4) 実働7日間における吸引回数

【吸引回数】

回	件数	パーセント
0	12	11.5
1	34	32.7
2	25	24.0
3	10	9.6
4	4	3.8
5	6	5.8
6	6	5.8
7	2	1.9
8	1	1.0
10	4	3.8
合計	104	100

(5) 吸引実施中のトラブルについて

(5)-1 吸引を実施している際に生じたトラブルがあれば、その状況を教えてください

	件数	パーセント
清潔・不潔の手技を守れなかった、	26	37.7
経皮的酸素飽和度 (SpO ₂) が 90%以下に低下した	14	20.3
人工鼻に痰が付着した	8	11.6
痰量が多く自らに浴びた	7	10.1
うまく痰を引けなかった/十分に引けなかった	3	4.3
痰量が多く、挿管チューブを塞いだ	3	4.3
痰量が多く咽頭を塞いだ	1	1.4
ごく軽度痰や唾液に血液が混じった	1	1.4
スムーズな挿入ができないことがあった	1	1.4
咽頭粘膜を吸引した際軽度の出血をした	1	1.4
技術不足で、要領が悪く、不快にさせた	1	1.4
吸引後、カフ圧の調整を依頼されたが行えず、家族の手を必要とした	1	1.4
口腔内を傷つけてしまった	1	1.4
時間がかかり対象者の苦痛表情がみられた	1	1.4
合計	69	100

(5)-2 上記のうちでインシデント・アクシデントレポートを提出する事故に及んだものがありますか？

	件数	パーセント
ある	2	-
ない	102	-
		-

(5)-3 それらの際の対処法についても教えてください

	件数	パーセント
極力インシデント・アクシデントに至らないよう家族同伴で行うことが多いほか、家族からの指導をしていただいたり、看護同行での指導していただいたりして、行っている	1	-
状況を分析し、再発防止に努める	1	-

(6) インシデント・アクシデント
(平均的な1カ月での件数)

(6)-1 インシデント(ヒヤリハット)レポート提出回数

	件数	パーセント
0.2	1	-
1.2回	1	-
合計		

(6)-2 アクシデントレポート提出回数

	件数	パーセント
0回	2	-

(7) 在宅訪問業務従事者の吸引行為の位置づけ

貴方にとって、吸引行為は自職（理学療法・作業療法・言語聴覚療法）業務の中でどのような位置づけですか？

	件数	パーセント
（理学・作業・言語聴覚）療法を実施する中で（理学・作業・言語聴覚）療法行為の一つとして実施	55	52.8
自職業務の中で、緊急時などやむを得ない場合にのみ実施	33	31.7
自職業務の中で、看護師等が不在の場合に代理的に実施	11	10.6
その他		
患者、家族の意向に沿う場合に実施するもの	2	1.9
基本的には緊急時であるが、呼吸・排痰練習等の必要性に応じて行うもの。	1	1.0
リスク回避のため	1	1.0
リスク管理や健康管理上必須なもの	1	1.0
合計	104	100

(8) 吸引処置の実施能力

(8)-1 貴方は臨床現場において吸引処置の施行はスムーズにできていますか？

	件数	パーセント
出来ている	46	44.2
出来ていない	25	24.0
わからない	28	26.8
その他		
その時の患者の状態により、実施レベルが変化する	1	1.0
家により使用物が違うため、実施レベルが変化する	1	1.0
介入予定者における事前準備・確認にて対応を行えば、患者の状況にあわせて対応可能	1	1.0
消毒液の準備や吸引機器取り扱いまでを処置と捉えるなら不十分	1	1.0
新規の方の対応時に早速には難しい	1	1.0
合計	104	100

吸引行為が上手くいかないとする場合の問題とはどのようなものですか？

(8)-2 上手くいかないとする場合の問題 【人】

	件数	パーセント
指導する人がいない	14	28.0
他職との体制と協調して行うのがスムーズでない	13	26.0
吸引実施の経験が少ない	8	16.0
現場では一人の為、吸引行為を評価する人がいない。	5	10.0
技術力が不足	3	6.0
アセスメントする力が不足	1	2.0
業務が忙しく、看護師からの指導が得られない	1	2.0
訪問では直接指導される経験が少ない	1	2.0
吸引教育にかける時間が不足	1	2.0
在宅による種々項目の違いもありマニュアル通りにいかない	1	2.0
ケースによりチューブなどの場所が違うなど、対応に幅がある	1	2.0
家族の理解などが無い	1	2.0
合計	50	100

(8)-3 上手くいかないとする場合の問題 【物】

	件数	パーセント
器具の準備が出来ない	13	33.3
必要な器具が分からない	10	25.6
各居宅で器具の管理が異なり混乱する	9	23.1
吸引処置を行う実施頻度が少なく部品に戸惑う	2	5.1
管理の方法が感覚的にわからない	1	2.6
一人なので、正解がわからない	1	2.6
実施や準備の順序を忘れる	1	2.6
苦痛なく吸引することが難しい	1	2.6
実施法の自信が持ちにくい	1	2.6
合計	39	100.1

(8)-4 上手くいかないとする場合の問題 【技術】

	件数	パーセント
技術全般が不十分である	33	41.8
処置前の準備や処置に手間取る	23	29.1
処置時の「清潔と不潔」が身についていない	9	11.4
安全・安楽の確保ができない	7	8.9
評価と報告が出来ない	3	3.8
一人なので、技術的な正解がわからない	1	1.3
実際の吸引する機会が少なく、経験不足である	1	1.3
処置の実施が困難である	1	1.3
場数を踏めないのが不安である	1	1.3
合計	79	100

(8)-5 上手くいかないとする場合の問題 【知識】

	件数	パーセント
知識全般が不十分である	21	48.8
吸引の適応や禁忌、解剖などの知識が不十分である	15	34.9
実施経験の不足により応用が利かない	2	4.7
処置の難しさで手いっぱい、アセスメントに至らない	2	4.7
吸引に関する知識がある事を他職種に理解されていない	1	2.3
実施していない期間があくと、手順が曖昧になる	1	2.3
現場では一人なので正解がわからない	1	2.3
合計	43	100

(8)-6 上手くいかないとする場合の問題 【制度】

	件数	パーセント
処置の範囲を超えた際の責任に対し不安を抱える	33	34.0
「どの程度の実力があれば吸引処置実施を可能とするのか」の基準がわからない	29	29.9
法制上の実施要項が不明瞭で、処置の可能範囲がわからない	20	20.6
何らかの講習会を受講すれば処置を実施してよいのか？不安である	13	13.4
吸引行為を実施できる職種であることが世間に認知されていない	1	1.0
他職や家族が、PT,OT,STが吸引できることそのものを知らないの で、拒否をされる	1	1.0
合計	97	100

3. 考 察

1) 在宅に対応する指針の必要性

在宅訪問業務に従事する療法士に対する調査を行い 265 回答を得た。内訳は理学療法士 250、作業療法士 12、言語聴覚士 3 であった。

現在在宅における吸引ガイドラインの存在は無い。吸引ガイドライン策定委員会においても現行の吸引ガイドラインの対象は、全ての範囲に及ぶものではなく医療現場で使用し多くの職種が対応できるものとしての構成を行ったとしている。そして医療現場以外での活用はガイドラインを基本ベースになるものとした位置での利用を推奨している。今回の研究結果から、在宅での吸引に関する教育や実施状況が多様であることを認識できた。ガイドラインとして規準をまとめることは、医療現場と比較しても非常に難しく、手法や手順の統一の是非も大きな検討課題と考えられる。現時点では、現行のガイドラインに準じ在宅個々の状況に合わせた利用を行うことの利点が大いと考えられる。その際には「在宅現場での利用には現行ガイドラインを基本と位置させ、現場状況に応じた工夫応用を実施者に求める」とした方針を吸引実施者に発信することは重要である。しかしこの場合においても、吸引実施者の教育が極めて重要な課題となり、今回の報告は有用な資料であると考えられる。在宅に対応する吸引ガイドラインの策定については、存在の是非も含めて十分に検討されるべきであると考えられる。

2) 在宅訪問現場における吸引実施の状況と教育

今回の調査対象において、組織、個人ともに吸引実施を行っているのは約半数、吸引教育の機会ありもまた半数であった。調査者は在宅訪問の対象として吸引行為が必要な在宅介護患者が少なからず存在する、あるいはフォローする患者数は少ないとしても従事者の吸引実施経験は高い比率で存在すると考えていた。今回の結果において、現在吸引を実施必要な対象患者がいるかどうかは、組織内吸引教育の導入に大きく関与する傾向が理解された。また吸引実施先駆者である看護師が組織に所属していれば、実際の実施はもとより実地指導も依存できる環境があり、実施度は上昇しないであろうと考えられる。しかし理学療法士が実施当事者の場合は実際の施行時の困惑など、今回の調査で明らかになった。特に清潔・不潔の手技の順守については、もっとも理学療法士達の経験機会がない項目である。よって清潔・不潔の項目は学業時代から意識させ、経験させる必要があると考えられる。また吸引実施の 43.7%が気管吸引を行っており、実施に際して呼吸を中心にした身体アセスメント力が問われるところである。知識が不十分だと認識している約 80%の在宅業務従事者の自主的学習活動を支援する教育活動が継続して重要となる。

A. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成学校における
吸引教育の実態や傾向についての調査 (卒前教育)

B. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の在宅訪問現場における
吸引教育の実態および吸引処置の現状についての調査 (在宅訪問)

結 論

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士各養成校に対し調査をおこなった。

- (1) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の卒前吸引教育全体の傾向としてガイドラインの認知度は高いが利用度が低いことが分かった。
- (2) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士各種団体による卒前で教育すべき知識と技術の教育項目および到達度の明示が必要と思われる。
- (3) 日本呼吸療法医学会による卒前教育に対応したガイドラインの公表が必要であると思われる。
- (4) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成学校の志向する吸引教育のレベルが確認された。今後の卒前教育での吸引教育の指針を検討し、カリキュラムなどに反映される基礎的知見となりえると考ええる。

在宅訪問業務に従事する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士に対し調査を行った。

- (5) 在宅訪問業務従事者の傾向として、ガイドラインの認知度は高いが利用度が低いことが分かった。
- (6) 在宅訪問業務に従事する療法士が志向する吸引教育のレベルが確認された。
- (7) 在宅訪問業務を実施する事業所において、吸引処置の実施は約半数であった。吸引に関連する事故は小率であった。
- (8) 在宅に対応する吸引ガイドラインの策定については、存在の是非も含めて十分に検討されるべきであると考ええる。
- (9) ガイドライン策定委員会、リハビリテーション関連職各団体、地域在宅のサービスを実施・教育する立場の者が、本調査結果に示した在宅の吸引に関わる実情を認知していることは重要である。
- (10) 本調査結果が、卒前および在宅訪問業務に従事する療法士の吸引教育における標準化達成度の検討材料として参考活用される可能性があると考ええる。

研究成果に関する一覧

研究発表

【論文発表】

- (1) 星 孝: リハビリテーション関連職種における「喀痰吸引」に関するガイドラインなどの利用について, 「人工呼吸」第29巻2号, 2012

【学会発表】

- (1) 星 孝: 理学療法養成校学生の吸引施術に関する実技講義の検討, リハビリテーションケア学会, 2011
- (2) 星 孝・椿 淳裕: 理学療法士による気管内吸引の講義実施時期についての検討, 日本呼吸ケアリハビリテーション学会, 2011
- (3) 星 孝: 理学療法士卒前教育における吸引授業の全国調査, 日本理学療法士学会, 2012
- (4) 星 孝: リハビリテーション関連職種の卒前教育における「吸引ガイドラインなどの活用について」, 日本呼吸療法医学会, 2012
- (5) 吉田 圭太, 星 孝: 言語聴覚士の吸引行為に対する卒前教育の実施状況, 日本摂食嚥下リハビリテーション学会, 2012
- (6) 星 孝, 寺口健, 吉田圭太: 作業療法士養成校における吸引授業の調査報告, リハビリテーションケア学会, 2012

平成 23 年～24 年度 厚生労働科学研究費 障害者対策総合研究事業
在宅重度障害者に対する医療的ケアにおける支援の在り方に関する研究

**「理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の養成学校および
在宅訪問現場における吸引教育と吸引処置の現状の報告」**

(研究代表) 星 孝

新潟医療福祉大学 医療技術学部 理学療法学科
〒950-3198 新潟市北区島見町 1398
電話：025-257-4729 (研究室直通)
e-mail：takashi-hoshi@nuhw.ac.jp

平成 25 年 2 月